Ovarialtumoren als Geburtshindernis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Albert Lahmann
Assistenzarzt d. R.

München 1917.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Ovarialtumoren als Geburtshindernis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Albert Lahmann
Assistenzarzt d. R.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

München 1917.
Druck der Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey, München.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:

Herr Prof. Dr. Doederlein, Geh. Hofrat.

Meiner Frau

Das Auftreten von Ovarialtumoren während der Geburt stellt ein ernstes Hindernis für die Entbindung dar.

Die hervorragend praktische Bedeutung dieses Geburtshindernisses liegt vor allen Dingen darin, daß, da die Diagnose meist zu spät, das heißt nach Stunden, ja tagelanger Wehentätigkeit gestellt wird, die Wahl der richtigen Operationsart von äußerster Wichtigkeit ist.

Aus Anlaß von zwei Fällen von Ovarialtumoren als Geburtshindernis, die 1915 innerhalb ganz kurzer Zeit in der Münchner Universitätsfrauenklinik behandelt wurden, und deren Veröffentlichung mir Herr Geheimrat Döderlein liebenswürdigerweise gestattete, habe ich aus der Literatur 319 Fälle zusammengestellt.

In Anbetracht der großen Häufigkeit der Ovarialtumoren ist die Komplikation einer Ovarialgeschwulst mit Schwangerschaft als selten zu bezeichnen. Das Studium der Einzelfragen bei dieser Komplikation ist in den letzten Dezennien von verschiedenen Autoren an großen Zahlenreihen vorgenommen worden. Die erste größere Zahlenangabe ist die von Fehling mitgeteilte, daß bei 17832 Geburten der Berliner Frauenklinik 20 mal die Komplikation mit Ovarialtumoren gefunden wurde, von denen nur 5 intra partum sich bemerkbar machten.

Die erste Literaturangabe über Ovarialtumoren als Geburtshindernisse scheint von dem schwedischen Arzt Schutzer 1772[1] herzurühren. Größere Zusammenstellungen findet man bei: Park, 1811, 6 Fälle; Merriman, 1819, 11 Fälle; Puchelt, 1840, 32 Fälle; Litzmann, 1852, 47 Fälle; Playfair, 1867, 57 Fälle; Mc. Kerron, 1897, 183 Fälle und Lindquist, 1914, 116 neuere Fälle.

Die Diagnose wird, wie schon oben erwähnt, in den meisten Fällen erst nach Geburtsbeginn gestellt, und wird man zu ihr in erster Linie dadurch geführt werden, daß die Wehen längere Zeit resultatlos fortgedauert haben.

In den Zusammenstellungen von Mc. Kerron wurde nur in 18%, von Lindquist nur in 12,5% der Fälle die Diagnose vorher gestellt.

Die Diagnose ist im großen und ganzen leicht zu stellen, doch treten bisweilen Schwierigkeiten auf. Unter ungünstigen Verhältnissen, bei kräftigen Wehen und hohem Druck, wo der Tumor sich nicht oder nur undeutlich von der Gebärmutter abhebt, ist dieser häufig unentdeckt geblieben. Verwechslungen mit anderen Tumoren des Beckens sind häufig vorgekommen, einige Male wurde auch Doppelschwangerschaft sowie extrauterine Schwangerschaft angenommen.

Zur Klärung der genauen Verhältnisse empfehlen Mc. Kerron, Wertheim u. a. die Rektaluntersuchung, aber auch diese wird unter

---

[1]) Heiberg. Ing. Diss. Kopenhagen 1882.

Umständen nicht völlige Klarheit verschaffen können.

Nur aus diesen Gründen ist es wohl zu erklären, daß in vielen Fällen ein Schwanken in der Wahl der Therapie zu bemerken ist.

Prognose: Über die Gefahren der Geburtskomplikationen durch Eierstockgeschwülste in der nichtoperativen Zeit geben den besten Aufschluß die Statistiken. Jetter, Litzmann und Playfair fanden 30, 43, 46% Mortalität der Mütter bei spontan verlaufenen oder künstlich vollendeten Geburten, die durch Ovarialtumoren kompliziert waren.

Die Ursachen für die Todesfälle liegen einmal in der spontanen Ruptur der Zysten und insbesondere der Dermoidzysten, die gewöhnlich von Peritonitis universalis gefolgt zu sein pflegt, und außerdem allgemein gesprochen, darin, daß in rein mechanischer Beziehung die Anwesenheit von Ovarialtumoren das Entstehen von Dystokieen sehr begünstigt. Sind doch Eierstockgeschwülste selbst von mäßiger Größe geeignet, unter Umständen ein absolutes Geburtshindernis abzugeben.

Schon von jeher wurde auf die Natur des Tumors bei der Stellung der Prognose großes Gewicht gelegt. In folgenden Übersichten habe ich versucht, die Mortalität bei den verschiedenen Tumorarten, in den verschiedenen Perioden, zum Vergleich zusammenzustellen.

I. Bis 1876

Tumor	Anzahl	Mütter gest.	Kinder gest.	Kinder unbekannt
Dermoid	30	18=60,0%	14=46,6%	7=23,3%
Zyste	55	14=25,4%	29=52,7%	7=12,7%
Karzinom	7	3=100%	3=100%	3=42,9%
Maling	3	6=85,7%	4=57,1%	—
Fibrom	4	3=75,0%	3=75,0%	—
Ohne Angabe	32	7=21,9%	17=53,1%	6=18,7%
	131	51=39,0%	70=53,1%	23=17,5%

II. 1877—1896

Tumor	Anzahl	Mütter gest.	Kinder gest.	Kinder unbekannt
Dermoid	21	3=14,3%	10=50,0%	1=5,0%
Zyste	29	4=13,9%	10=34,5%	1=3,4%
Fibrom	1	1=16,6%	3=50,0%	—
Sarkom	1	1=100%	1=100%	—
Ohne Angabe	6	1=100%	1=100%	—
	58	10=17,2%	25=43,9%	2=3,5%

III. Seit 1897

Tumor	Anzahl	Mütter gest.	Kinder gest.	Kinder unbekannt
Dermoid	44	4=8,6%	5=11,3%	—
Embryom	4	0	0	—
Endotheliom	1	0	0	—
Zyste	27	1=3,7%	9=33,3%	—
Karzinom	3	1=33,3%	0	1=33,3%
Fibrom	4	1=25,0%	0	—
Sarkom	1	0	0	—
Ohne Angabe	46	4=8,7%	5=10,8%	—
	130	11=8,4%	19=14,6%	1=0,7%

Wir sehen also, daß besonders die Dermoide eine ungünstige Prognose bedingen. Es ist dies darauf zurückzuführen, daß der Inhalt der Dermoide, sei es durch Schädigungen während der Schwangerschaft oder während der langen Geburtsdauer, einen guten Nährboden für pathogene Keime bietet, die dann bei einer auftretenden Zystenruptur zu Peritonitis führen können.

Die hohe Mortalität bei den malignen Geschwülsten ist wohl in der Hauptsache mit der durch sie geschädigten Konstitution der Mütter zu erklären.

Therapie: Die bei einer durch Ovarialtumoren komplizierten Geburt erforderlichen Maßnahmen sind außerordentlich gefährlich. Wollen wir den Tumor aus dem Weg zu schaffen versuchen, so kann bei der allgemein empfohlenen Reposition von unten dasselbe passieren wie bei dem Andrängen der kindlichen Teile von oben: der Tumor kann platzen.

Wird aber intra partum der Tumor von der Scheide aus punktiert oder indiziert, so ist zum mindesten die Gefahr nicht auszuschließen, daß ein rasch herabtretender Kindsteil uns den Tumor aus dem Bereich der Hand schafft und deletären Inhalt des Tumors in die Bauchhöhle preßt, noch ehe man, wie Fritsch vorgeschlagen hat, den Zystenbalg in die Vaginalwunde einnähen kann. Als Beispiel zitiere ich hier folgenden Fall: Wertheim (Zentralbl. f. Gyn. 1895, No. 3, S. 77): „Ein Tumor war im kleinen Becken eingekeilt und man hatte den Eindruck, als ob er durch den über dem Becken stehenden Schädel stark

gedrückt werde. Die Reposition gelang nicht, weder in Knieellenbogenlage noch in Narkose. Bei der hierauf vom stark vorgebauchten hinteren Scheidengewölbe vorgenommenen Punktion zeigte es sich, daß es sich um eine Dermoidzyste handelte. Nachdem sich der Tumor bedeutend verkleinert hatte, wurde der nunmehr fester gegen den Beckeneingang andrängende Kopf mit der Zange gefaßt und ohne besondere Kraftentfaltung extrahiert. Nach 48 Stunden starb die Frau an Peritonitis. Bei der Sektion zeigte sich — wie oft in solchen Fällen — der Dermoidinhalt durch die ganze Bauchhöhle verstreut." Die Furcht vor derartigen Ereignissen hat Braun u. a. veranlaßt, in solchen Fällen den Kaiserschnitt zu machen, oder aber man hat in solchen Fällen bei der Unmöglichkeit, die Geburt zu beenden, das lebende Kind perforiert und dann die Mutter im Puerperium ovariotomiert.

Eine ideale Behandlungsart, die allen Ansprüchen genügt, gibt es nicht, dies zeigt sich auch darin, daß in einzelnen Fällen verschiedene Maßnahmen hintereinander ergriffen wurden, welche jede schon für sich allein in anderen Fällen zum Ziele führte.

Um nun die einzelnen Behandlungsarten mit ihren Erfolgen resp. Mißerfolgen untereinander vergleichen zu können, habe ich die aus der Literatur gesammelten Fälle in drei Gruppen eingeteilt.

I. Nichtantiseptische Zeit: bis 1876.
II. Antiseptische Zeit: 1877—1896.
III. Aseptische Zeit: seit 1897.

In der Gruppe I sind 131 Fälle, in der Gruppe II 58 Fälle und in der Gruppe III 130 Fälle zusammengestellt worden.

Die Therapie ist außerordentlich vielseitig und habe ich zur folgenden Zusammenstellung nachstehende Einteilung gewählt.

I. Entbindung am Tumor vorbei.
   A. Ohne Eingriff.
   B. Mit Eingriff (Zange, Wendung, Perforation, Extraktion).

II. Entbindung nach Reposition, Verkleinerung oder Entfernung des Tumors. (Reposition ohne oder mit Eingriff, Punktion, Inzision, vaginale oder abdominale Ovariotomie.)

III. Kaiserschnitt.

I. Bis 1876.

I. A. Entbindung am Tumor vorbei, ohne Eingriff, erfolgte in 28 Fällen. In 23 Fällen ist der spontane Verlauf der Geburt angegeben, hierbei starben 9 Mütter und 8 Kinder; von 8 Kindern ist keine Angabe über das Schicksal gemacht. Von den übrigen 5 Fällen starben 3 Mütter unentbunden, davon eine an Uterusruptur; bei einer erfolgte der Tod an Peritonitis infolge Zystenruptur.

Zystenruptur ohne nachteilige Folgen trat 2 mal auf.

Die Mortalität der Mütter = 46,43%
Die Mortalität der Kinder = mindestens 42,86%
= wahrscheinlich 71,43%

I. B. Entbindung am Tumor vorbei, mit Eingriff, erfolgte in 37 Fällen, und zwar in

11 Fällen mit Zange, in 9 Fällen mit Wendung, in 16 Fällen mit Perforation und in einem Falle mit Extraktion. In je einem Falle wurde der Tumor durch die Scheide, durch das Rektum, durch die Vulva ausgetrieben. In letzterem Falle kam es zur Placentaablösung mit letalem Ausgang für Mutter und Kind. Zystenruptur trat 2 mal ein.

Bei der Anwendung der Zange betrug:

Die Mortalität der Mütter = 63,63 %
Die Mortalität der Kinder mindestens = 45,45 %
wahrscheinlich = 81,81 %

Bei der Wendung betrug:

Die Mortalität der Mütter = 44,44 %
Die Mortalität der Kinder mindestens = 77,77 %
wahrscheinlich = 88,88 %

Bei Perforation war die Mortalität der Mütter = 43,75 %.

Die Gesamtmortalität für den Abschnitt I. B. ist:

für die Mütter = 48,64 %
für die Kinder mindestens = 76,90 %
wahrscheinlich = 89,74 %

II. Entbindung nach Reposition, Verkleinerung des Tumors wurde in 58 Fällen vorgenommen.

Die Reposition wurde in 38 Fällen versucht, sie gelang aber nur in 31 Fällen, hierauf wurde in 4 Fällen die Zange angelegt, die Wendung 4 mal, die Perforation 1 mal ausgeführt.

Die Mortalität der Mütter = 24,24 %
Die Mortalität der Kinder mindestens = 33,33 %
wahrscheinlich = 54,54 %

Die Punktion bzw. Inzision des Tumors wurde 25 mal ausgeführt. Nach der Punktion wurde in 4 Fällen die Zange angelegt, 1 mal Wendung, 1 mal Extraktion sowie 7 mal Perforation vorgenommen.

Die Mortalität der Mütter = 20,00%
Die Mortalität der Kinder mindestens = 56,00%
wahrscheinlich = 60,00%

III. Kaiserschnitt.

Kaiserschnitt wurde in 7 Fällen gewählt, hierbei starben alle Mütter = 100,00% und 3 Kinder = 42,85%.

II. 1877—1896.

I. A. Entbindung am Tumor vorbei, ohne Eingriff, erfolgte in 5 Fällen, hierbei trat der Tumor je 1 mal durch die Scheide und durch das After aus, 1 mal kam es zur Zystenruptur.

Es starben 2 Kinder, die Todesursache ist nicht angegeben, von einem Kinde ist das Schicksal unbekannt.

Die Mortalität der Mütter = 0,00%
Die Mortalität der Kinder mindestens = 40,00%
wahrscheinlich = 60,00%

I. B. Entbindung am Tumor vorbei, mit Eingriff, erfolgte in 9 Fällen. Zange wurde 2 mal angelegt, Wendung 5 mal und Perforation 2 mal vorgenommen. Bei der Extraktion des perforierten Kindes trat 1 mal der Tumor durch die Vagina aus.

Bei der Entbindung mit Hilfe der Zange starben 1 Mutter = 50% und 1 Kind = 50%, bei der Wendung 2 Mütter = 40% und 3 Kinder = 60%.

Die Gesamtmortalität des Abschnitts I. B. beträgt:

für die Mütter = 33,33%
für die Kinder = 66,66%

II. Entbindung nach Reposition, Verkleinerung oder Entfernung des Tumors wurde in 40 Fällen vorgenommen.

Die Reposition wurde in 30 Fällen versucht, gelang aber nur in 19 Fällen. In 6 Fällen wurde nach der Reposition die Zange angelegt, in 3 Fällen die Wendung angeschlossen. 1 mal trat Zystenruptur auf.

Die Mortalität der Mütter = 5,26%
Die Mortalität der Kinder mindestens = 5,26%
wahrscheinlich = 19,52%

Die Punktion wurde in 18 Fällen gewählt, hieran wurde 10 mal die Zangenoperation und 4 mal die Perforation angeschlossen. Es starben 5 Mütter = 27,7%, davon 1 an Eklampsie, sowie 8 Kinder = 44,44%, davon 4 perforiert.

Vaginale Ovariotomie als Hauptoperation wird in 3 Fällen gemacht mit gutem Ausgang für Mutter und Kind. 1 mal ist zur Entbindung die Zange angelegt worden.

Die abdominelle Ovariotomie ist 1 mal mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind ausgeführt worden.

III. Kaiserschnitt ist in 3 Fällen die Operation der Wahl, hierbei stirbt 1 Mutter und 2 Kinder.

Die Mortalität der Mütter = 33,33%
Die Mortalität der Kinder = 66,66%

III. Seit 1897.

I. A. Entbindung am Tumor vorbei, ohne Eingriff, erfolgte in 7 Fällen. Als Komplikation wird 1 mal Peritonitis infolge Zystenruptur angegeben. Der Tumor wurde 1 mal durch die Vulva und 2 mal durch das Rektum ausgestoßen.

Die Mortalität der Mütter = 42,86%
Die Mortalität der Kinder = 0,00%

I. B. Entbindung am Tumor vorbei, mit Eingriff, erfolgte in 15 Fällen, und zwar in 8 Fällen mit Zange, in 4 Fällen mit Wendung und in je 1 Falle mit Extraktion, Inzision und Perforation. Der Austritt des Tumors durch die Vagina erfolgte 3 mal, durch das Rektum 1 mal.

Bei der Entbindung mit Hilfe der Zange starben 1 Mutter = 12,5% und 1 Kind = 12,5%, bei der Wendung 2 Mütter = 50% und mindestens 1 Kind = 25%. Über das Schicksal eines Kindes ist keine Angabe gemacht.

Die Gesamtmortalität des Abschnitts I. B. beträgt:

für die Mütter = 20,00%
für die Kinder mindestens = 20,00%
wahrscheinlich = 26,60%

II. Entbindung nach Reposition, Verkleinerung oder Entfernung des Tumors wurde in 68 Fällen vorgenommen.

Die Reposition wurde 21 mal ausgeführt, und war 7 mal von spontaner Geburt gefolgt. In 12 Fällen wurde nach der Reposition die Zange und in je 1 Falle die Wendung und Extraktion angeschlossen. Alle 21 Fälle verliefen für Mutter und Kind günstig.

Die Punktion wurde in 11 Fällen als Hauptoperation gewählt. Spontane Geburt erfolgte hierauf in 4 Fällen; in 4 Fällen wurde Zange, in je einem Extraktion und Perforation angeschlossen.

Die Mortalität der Mütter = 18,18%
Die Mortalität der Kinder = 36,36%

Inzision wurde in 6 Fällen vorgenommen, hierauf folgte 4mal spontane Geburt, je 1 mal wurde Zange und Perforation damit verbunden.

Die Mortalität der Mütter = 0,00%
Die Mortalität der Kinder = 16,66%

Die vaginale Ovariotomie war in 13 Fällen die Operation der Wahl. Die Entbindung wurde 9mal mit Zange, 1 mal nach vergeblichen Zangenversuchen mit Perforation beendet.

Die Mortalität der Mütter = 0,00%
Die Mortalität der Kinder = 30,77%

Die abdominelle Ovariotomie wurde in 17 Fällen vorgenommen. In 8 Fällen wurde Zange, in 4 Fällen Extraktion und in 1 Falle Perforation angeschlossen.

Die Mortalität der Mütter = 0,00%
Die Mortalität der Kinder = 23,40%

III. Kaiserschnitt wurde 41 mal gewählt, darunter 4mal nach Porro. Die Ovariotomie wurde in 26 Fällen angeschlossen. In 1 Falle wurde die Ovariotomie vor dem Kaiserschnitt ausgeführt und hierdurch der Tod des Kindes verursacht.

Es starben 2 Mütter = 4,88%, davon 1 an „Erschöpfung", sowie 4 Kinder = 9,7%, davon war 1 nicht ausgetragen.

Zur bequemeren Übersicht lasse ich eine tabellarische Anordnung folgen.

Operation	I. Bis 1876		II. 1877—1896		III. Seit 1897	
	Mutter	Kind	Mutter	Kind	Mutter	Kind
Spontane Geburt	46,43%	71,43%	0%	60,0%	42,86%	0%
Am Tumor vorbei mit Operat.	48,64%	89,74%	33,33%	66,66%	20,00%	26,6%
Reposition	24,24%	54,54%	5,26%	10,52%	0%	0%
Punktion u. Inzision Vaginale	20,00%	60,00%	27,7%	44,44%	11,8%	20,4%
Ovariotomie Abdominelle	—	—	0%	0%	0%	30,8%
Ovariotomie	—	—	0%	0%	0%	23,4%
Kaiserschnitt	100,0%	42,85%	33,33%	66,66%	4,9%	9,7%

An der Hand dieser Übersicht ist es leicht verständlich, daß den heutigen Anforderungen die Ovariotomie und der Kaiserschnitt am meisten entsprechen. In der Praxis wird man wohl zuerst immer einen nicht zu brüsken Repositionsversuch machen, bei dessen Versagen aber wenn irgend möglich die Kreißende einer Klinik zuführen, die die Möglichkeit bietet, mit den besten Aussichten für Mutter und Kind die Entbindung zu beenden.

Ich lasse jetzt die Krankengeschichten der beiden Münchner Fälle folgen:

1. C. B. (Aufnahme Nr. 1504, Geb.-No. 1419; Gyn. Abt. No. 366) wurde am 10. VI. 1915, 10 Uhr vorm., als Kreißende im X. Monat aufgenommen.

Operationsbericht: Kolpotomia posterior. Hierauf vaginale Extirpation eines kleinkindskopfgroßen Dermoidkystoms, das ein Tiefertreten des Kopfes vollständig verhinderte. Hierauf gelingt es ohne besondere Schwierigkeiten, das Kind mit der Zange zu entwickeln. Schluß des Peritoneums und des Scheidenschnittes. Wegen leichter atonischer Nachblutung, Uterus-Scheidentamponade.

Kind: Mädchen, unreif, Länge 47 cm, Gewicht 3000 g.

Kopfdurchmesser: F. O. 11,5 cm; B. P. 10 cm; B. T. 12 cm; S. B. 10 cm.

Circumfer. occ. front. 35 cm; Circumfer. subocc. front. 33 cm.

Schulterumfang 37 cm; Brustumfang 34 cm; Hüftenumfang 29 cm.

Wochenbett: völlig fieberfrei und ohne Besonderheiten.

Mutter und Kind am 3. VIII. 15 gesund entlassen.

2. K. Schm. (Aufnahme No. 1603, Geb.-No. 1511.)

Anamnese: Eltern und Geschwister gesund. Als Kind Masern, Drüsenschwellungen, Rachitis (mit 4 Jahren gehen gelernt), mit 12 Jahren Gelbsucht, mit 20 Jahren Typhus. Periode mit 16 Jahren, regelmäßig, stark.

Letzte Regel: Mitte September o. B. Tag der Konzeption: Mitte X. 14. Erste Kindsbewegungen im II. 15. Befinden in der Schwangerschaft gut.

Befund: A. Mutter: Größe 170 cm, Puls 93. Innere Organe: o. B. Temp.: 37,3. Im Urin sehr viel Eiweiß!

B. Schwangerschaft: I. Schwangerschaft, Ende derselben.

Kind lebt, mittelgroß, in Gradlage. Kopf vorliegend?

Becken: normal, Sp. J. 23 cm, Cr. J. 25 cm, Tr. 31 cm, Conj. ext. 20 cm, Conj. diag. nicht meßbar.

Äußere Untersuchung: Brüste hängen, groß, wenig Drüsensubstanz.

Höhe des Gebärmuttergrundes: ein Querfinger unter dem Proc. xiph., die kleinen Teile im Fundus, Rücken des Kindes rechts, Kopf auf dem Beckeneingang, Herztöne in der rechten Nabel-Spinallinie. Leibesumfang: 87 cm, Nabelhöhe 22 cm, Beckenumfang 90 cm.

Innere Untersuchung am 24. VI. 15, 7 Uhr vorm.:

Äußere Genitalien o. B. Scheide schlüpfrig, Portio verstrichen, Cervikalkanal, innerer Muttermund und Muttermundrand sind fast verstrichen. Fruchtblase gesprungen. Vorliegender Teil liegt hoch oben im Beckeneingang.

Geburt: Wehenbeginn: 22. VI., 2 Uhr vorm.
Blasensprung: 22. VI., 4 Uhr vorm.
Geburt des Kindes: 24. VI., 10 Uhr 45 vorm.
Geburt der Placenta: 24. VI., 11 Uhr vorm.

Näherer Bericht:

24. VI. 15, 4 Uhr 15 vorm. Die Frau wird aus Aibling eingeliefert. Es geht schmieriges Fruchtwasser ab.

4 Uhr 30 vorm. 0,0003 Scopalamin + 0,03 Narcophin; Wehen lassen nach, die Frau verhält sich ruhig.

6 Uhr vorm. Wehen setzen wieder ein.

7 Uhr vorm. Im kleinen Becken fühlt man als direktes Geburtshindernis zwischen hinterer Scheidenwand und vorderer Rektumwand einen kindskopfgroßen, prallen, zystischen Tumor, durch den die Scheidenwand so nach vorn gedrängt wird, daß man nur sehr schwer zum Muttermund und zum vorliegenden Kindsteil kommt.

10 Uhr vorm. Mischnarkose. Mit dem Thermokauter wird das hintere Scheidengewölbe eröffnet und der Tumor zugänglich gemacht. Punktion des Tumors, es fließt ca. ½ Liter gelblicher, eiterähnlicher Flüssigkeit ab, der Haare folgen. Der Tumor erweist sich als Dermoidkystom, das sich nach Lösung der Verwachsungen extirpieren läßt. Unterbindung des Stumpfes.

Der Versuch, nachdem das Hindernis nun entfernt war, das lebende Kind mit der Zange zu entwickeln, mißlingt, sowohl mit der Naegelschen als auch nach Anlegen der Tarnierschen Achsenzugzange. Es wird das Kind deshalb perforiert und mit dem Zweifelschen Kranioklasten extrahiert. Expression der Placenta. Tamponade des Uterus. Naht der Kolpotomiewunde.

Kind: männlich, Länge 51 cm, Gewicht 2850 g.

Wochenbett: Geringes Fieber mit einigen Remissionen bis zum 10. Tage, dann glatter Verlauf. Mutter am 20. VII. 15 gesund entlassen.

Zu dem Fall 2 ist zu bemerken: Das Becken der Mutter war auch nach der Entfernung des Tumors für den unverkleinerten Kopf des Kindes zu eng. In diesem Falle würde also der Kaiserschnitt am Platze gewesen sein, um ein lebendes Kind mit der größten Wahrscheinlichkeit zu erlangen. Es würde aber die Gefahr für die Mutter durch die Verhältnisse (lange Geburtsdauer, übelriechendes Fruchtwasser, mehrere innerliche Untersuchungen) außerordentlich hoch gewesen sein, und so war es wohl richtiger, das lebende Kind zu perforieren, um die Mutter vor Unheil zu bewahren.

I. Bis 1876.

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
1	Adamson 1875	Zyste	Spontane Geburt	H	H	Zystenruptur, fieberfreies Wochenbett
2	Ashwell	Zyste	Spontane Geburt	T	T	Zystenruptur
3	Baader, 1876	Dermoid	Vergebl. Zangenversuch + Craniotomie	T	T	Tod am 5. Tage infolge Zystenruptur
4	Barnes	Dermoid	Spontane Geburt	H	—	Tod der Mutter 5½ Monate nach der Entbindung an Pyämie inf. Zystenvereiterung
5	„	Dermoid	Inzision	H	–	Vereiterung d. Tumors, durch Jodinjektionen geheilt
6	Basc	Karzinom	—	T	T	Unentbundengestorben
7	Beclard	—	Punktion + Wendung	T	T	
8	Behrend	Zyste	Reposition	H	H	
9	Berry	Zyste	Zange	H	T	Verletzung der Vagina, der Tumor trat einige Stunden nach der Geburt durch den Riß u. wurde nach Unterbindung entfernt
10	Besnier	Dermoid	Zange	H	–	
11	Boudelocque	Dermoid	Reposition + Wendung	T	T	
12	Braun, 1859	Zyste	Reposition	H	T	
13	„ „	Zyste	Reposition	H	T	
14	„ 1852	Zyste	Reposition + Zange	H	H	
15	„ 1846	Karzinom	Reposition	T	T	Tod am 9. Tage an Peritonitis
16	„	Zyste	Repositionsversuch + Zange	T	T	Tod an Peritonitis
17	Breit, 1862	Zyste	Reposition	T	—	Tod an Kindbettfieber
18	Byford, 1859	Dermoid	Punktion	H	H	
19	Camden, 1871	Zyste	Reposition in Knie-Ellenbogen-Lage	T	H	Tod am 17. Tage
20	Chiari, 1855	—	Spontane Reposition	H	—	
21	„ „	Zyste	Punktion + Craniotomie	T	T	
22	„ „	Dermoid bd. Ovarien	Zangenversuch + Craniotomie	T	T	Tod am 14. Tage an Peritonitis
23	Mc. Clintock	Zyste	Repositionsversuch + Zange	H	H	Zystenruptur
24	Copemann. 1872	—	Wendung	T	T	
25	Cruveilhier, Roux, Puchelt	Zyste	Spontane Geburt	H	—	
26	Crosse	—	Wendung	H	H	
27	Davis	—	Spontane Geburt	H	H	Kleines Kind, lange Geburtsdauer
28	„	Zyste	Spontane Geburt	H	T	
29	Denman	Zyste	Punktion	H	H	
30	„	Dermoid	Craniotomie	T	T	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
31	Doeveron	—	Wendung	T	T	
32	Edwards 1842	Dermoid	Punktion + Herabziehen eines Fusses	T	T	
33	Elkington 1848	Zyste	Punktion + Zangenversuch + Craniotomie	H	T	
34	„	—	Wendung	T	T	Schultervorfall
35	„	—	Wendung	H	T	Langsame Geuesung, Tumor 3 Wochen lang weich und schmerzhaft
36	Fischer, 1870	Zyste	Punktion + Zange	H	H	
37	Giffard	—	Wendung	H	T	
38	Godefroy 1875	Zyste + Dermoid	Repositionsversuch, Punktion + Kaiserschnitt + Ovariotomie	T	H	Rechtes Ovar: Zyste Linkes Ovar: Dermoid
39	Greenhalgh	—	—	H	H	
40	„	—	—	H	H	Derselbe Pat. wie No. 39
41	„	Malinge Veränderung	Spontane Geburt	T	T	
42	„	Karzinom	Kaiserschnitt	T	T	Tod an Erschöpfung einige Stunden nach der Operation
43	Habit, 1860	Zyste	Reposition	H	T	
44	Hardy, 1845	Dermoid	Reposition	H	H	
45	„ „	Dermoid	Reposition	T	H	Tod am 14. Tage, Ruptur, Peritonitis
46	Hardwicke 1863	Zyste	Punktion + Zange	H	H	
47	Headland	Karzinom bd. Ovarien	Zange	T	H	24 Stunden vor der Geburt Tumorruptur
48	Herbinaux	Dermoid	Craniotomie	H	T	Einige Tage nach der Geburt Zystenruptur, Austritt von Haaren u. Eiter aus der Vagina
49	Hewlett	Malinge Veränderung	Spontane Geburt	T	T	
50	Hoogeweg 1852	—	Reposition + Zange	H	T	
51	Hunt, 1846	Zyste	Zange	H	—	Folgende Vergrösserg. der Zyste
52	Hüfer	Dermoid	Zange	T	T	Sektion ergab Dermoid beider Ovarien
53	Ingleby	Dermoid	Spontane Geburt	H		Nach der Geburt Tumor nicht mehr zu fühlen, geplatzt?
54	„	Dermoid	Spontane Geburt	T	—	Derselbe Pat. wie No. 53. Tod nach einigen Stunden, Sektion ergibt vereitertes Dermoid
55	„	Zyste	Repositionsversuch + Punktion + Craniotomie	H	T	Perforation wegen eingetretenen Tod des Kindes
56	„	Zyste	Punktion + Zange	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
57	Jackson	Zyste	Repositionsversuch + Punktion	H	T	Ob ovarieller Tumor?
58	Jeafferson	Zyste	Reposition	H	H	
59	Jobert	Dermoid	Zange	H	T	Extirpation nach dem Puerperium
60	Kidd, 1870	Zyste	Reposition per Rektum	H	H	
61	King	Zyste	Punktion per Rektum	H	T	Nach 6 Wochen Zystenruptur per Rektum
62	Kiwisch, 1850	Dermoid	Zange	T	—	Zystenruptur
63	Kleinwächter 1872	Fibrom	Kaiserschnitt	T	H	Pat. sehr schwach, 100 Puls
64	Kob, 1873	Kolloidzyste	Punktion + Kaiserschnitt	T	H	Tumor erstmalig im 9. Monat punktiert
65	Lachapelle	Zyste	Spontane Geburt	T	T	
66	„	Fibrom	Craniotomie	T	T	Nach Geburt Austritt des Tumors per Rektum
67	Langley	Zyste	Spontane Geburt	H	H	
68	Lee	Zyste	Spontane Geburt	H	—	Lange Geburtsdauer
69	„	—	—	T	T	Uterusruptur
70	„	—	Craniotomie	H	T	
71	„	—	Craniotomie	H	T	VII. Geburt derselbe
72	„	—	Craniotomie	H	T	VIII. Geburt Pat.
73	„	—	Craniotomie	H	T	Nabelschnurvorfall, Tod des Kindes vor der Perforation
74	„	Malinge Veränderung	Craniotomie	T	T	Tod 4½ Monat nach der Geburt
75	„	Grosse Zyste	Craniotomie	H	T	
76	„	Grosse Zyste	Craniotomie	T	T	Gleicher Patient
77	Lever	Zyste	Spontane Geburt	H	H	Starkes Wachstum des Tumors nach der Geburt
78	„	Zyste	Reposition	H	H	
79	„	Dermoid	Punktion	H	H	Rekonvaleszenz unbefriedigend, 3 Wochen später Tumor neu gefüllt
80	„	—	Reposition	H	H	
81	Lewis, 1849	Dermoid	Punktion per Rektum	H	H	
82	Litzmann, 1852	Dermoid	Repositionsversuch + Punktion + Zange	H	T	Erscheinungen schwerer Peritonitis während des Puerperiums
83	Luschka, Sucro, 1864	Zyste	Zange	T	T	Tumorprolaps durch die Vulva mit Plazenta-Lösung, Tod am 7. Tage
84	Lyon, 1845	Dermoid	Kaiserschnitt	T	H	Operation 30 Stunden nach Abgang d. Fruchtwassers
85	Maigne, 1841	Dermoid	Kaiserschnitt	T	T	Operation 30 Stunden nach Abgang d. Fruchtwassers. Fehldiagnose: Extrauterine Schwangerschaft

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
86	Malgaigne 1844	Fibrom	Probepunktion per Rektum + Kaiserschnitt	T	T	
87	Martens, 1871	Dermoid	Zange	T	—	Tod nach 2 Tagen an Peritonitis inf. Zystenruptur
88	Meisner	Zyste	Extraktion	H	T	Zystenruptur bei Extrakt. Derselbe Pat.
89	„	Zyste	—	T	T	Zystenruptur, Peritonitis
90	Melion, 1844	Fibrozyste	Zange	T	T	Zystenruptur, Inhalt per Vaginam ausgestoßen
91	Merriman 1811	—	Reposition	H	H	
92	„	Dermoid	Punktion + Craniotomie	T	H	Tod nach 1½ Jahren an chronischer Peritonitis
93	„	Dermoid	Punktion + Craniotomie	T	T	
94	„	Zyste	Craniotomie	T	T	Zwillinge, Tod am 4. Tage
95	„	—	Craniotomie	H	T	Lange Zeit Lebensgefahr
96	„	Zyste	Spontane Geburt	H	T	Hydrocephalus
97	Meyer, 1846	Fibrom	Reposition + Wendung	H	T	
98	Milne, 1848	Zyste	Repositionsversuch + Wendung	H	—	Peritonitis
99	Moeller, 1869	Dermoid bd. Ovarien	Zange	T	H	Zwillinge, Tod am 3. Tage an Peritonitis inf. Stieltorsion
100	Moorman	Zyste	Repositionsversuch + Punktion per Rektum	H	H	Bei Punktion eitrige Flüssigkeit, Peritonitis
101	Moreau	—	Wendung	H	T	
102	Oldham, 1861	Zyste		H	—	
103	Pagenstecher 1849	Kolloid-Zyste	Spontane Geburt	H	H	
104	Park	—	Spontane Geburt	T	–	Tod am 2. Tage
105	„	Zyste	Spontane Geburt	H	H	Derselbe Pat.
106	„	Zyste	Spontane Geburt	H	H	
					H	Zwillinge
107	„	Zyste	Punktion	H	H	Langsame Genesung
108	„	Zyste	Punktion	H	T	
109	„	Zyste	Punktion + Craniotomie	H	T	Ovarieller Ursprung des Tumors zweifelhaft
110	„	Zyste	Craniotomie	H	T	Tumor nach der Geburt nicht mehr nachweisbar
111	Paletta	—	Reposition	H	—	I. Geb.
112	„	—	Reposition	H	—	II. Geb. derselbe Pat.
113	„	—	Reposition	H	—	III. Geb.
114	Perfect	—	Punktion	H	T	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
115	Playfair	—	Craniotomie	T	T	Schwierige Extraktion, Tod am 3. Tage an Peritonitis
116	Pon, 1838	Zyste	Wendung	H	—	Peritonitis
117	Ramsbotham	—	Reposition	H	H	
118	„	—	Reposition	H	H	
119	„	—	Reposition + Craniotomie	H	T	Tumor nach der Entbindung verschwunden
120	Riva, 1852	—	Reposition + Wendung	H	—	
121	Schamberg 1858	Dermoid		T	T	Tod vor Beendigung der Geburt
122	Schuzer	Karzinom	Spontane Geburt	H	T	Nach 2 Jahren gestorben
123	Spiegelberg 1867	Knollige Ovarialtumor	Spontane Geburt	T	—	Während der Geburt diagnosticiert. Tod 4 Wochen nachher an Magenzarzinom
124	„	Karzinomat Myxosarkom bd. Ovarien	Spontane Geburt	T	—	Zwillinge. Peritonitis inf. Ruptur eines und Apoplexie beider Tumoren
125	Stadfelt, 1872	Dermoid	Repositionsversuch + Spontane Geburt	T	H	Zystenruptur, Tod am 4. Tage an Peritonitis
126	Stein	Zyste	Craniotomie	H	T	Perforation nach Tod des Kindes
127	Stubbs	—	Reposition + Zange	H	H	
128	Thompson 1845	Zyste	Reposition	H	T	
129	Ward	Zyste	Spontane Geburt	T	T	Uterusruptur
130	Watson	Zyste	Wendung	T	T	Tod der Mutter am 2. Tage
131	Wheelhouse 1863	Dermoid	Punktion + Craniotomie	H	T	

II. 1877—1896.

1	Abegg, 1895	Dermoid	Repositionsversuch + Punktion + Perforation	H	T	Fieberhaftes Wochenbett
2	Atthill, 1880	Zyste	Reposition	T	H	Zwillinge, Tod an Eklampsie
3	„ 1889	Zyste	Reposition + Zange	H	H	Leichte Peritonitis
4	Ayrolles, 1885	Zyste	Repositionsversuch + Wendung	H	H	Schwierige Wendung
5	Barnes, 1893	Dermoid	Punktion + Zange	H	H	Erst Punktion per Vaginam, dann Zange, hierauf Punktion per Rektum, gutes Wochenbett
6	Biernacki 1887	Dermoid	Punktion + Zangenversuch + Craniotomie	H	H	Vereiterung der Zyste. 59 Tage erhöhte Temperatur
7	Bland Sutton 1895	—	Spontane Geburt	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
8	Bland Sutton 1895	Dermoid	Laparatomie + Entfernung des Tumors + Zange	H	H	Derselbe Pat.
9	v. Braun, 1895	Zyste	Kaiserschnitt	H	T	Kind nach 3 Tagen gestorben
10	Brewer, 1878	Zyste	Spontane Geburt	H	T	Zystenruptur, 1 Monat nach der Geburt Austritt einer Ovarialzyste per Vaginam
11	Bruce, 1878	Dermoid	Reposition per Rektum	H	H	
12	Camden, 1878	Dermoid	Reposition	H	H	
13	Charles, 1882	Zyste	Wendung	H	H	
14	Chiarleoni 1891	Verkalkter	Perforation	H	T	1 Monat später Austritt des Tumors per Vaginam
15	Chrobak, 1895	Dermoid	Reposition	H	H	Später operiert
16	Fischel, 1882	Zyste	Repositionsversuch + Spontane Geburt	H	H	Zystenruptur
17	„ „	Zyste	Reposltion in Knie-Ellenbogen-Lage	H	H	
18	„ 1884	Zyste u. Hydrosalpings	Reposition + Zange	H	T	
19	Fischer, 1893	Dermoid	Repositionsversach + Punktion + Craniotomie	H	H	Tumor nach Geburt nicht fühlbar, nach 7 Wochen große Beschwerden, deshalb Laparatomie
20	Flaischlen 1893	Dermoid	Reposition + Zange	H	H	Später abdom. Ovariotomie
21	Fochier, 1878	Zyste	Reposition + Punktion	H	—	
22	Gelstrom 1889	Dermoid	Spontane Geburt	T	T	Tumor durchs Rektum ausgetreten
23	Griffith, 1891	Fibrom	Wendung	H	—	Tumor erst für den Kopf einer extrauterinen Frucht angesehen
24	Hargreaves 1878	Multilokul. Zyste	Reposition + Wendung	H	—	
25	Heywood Smith 1896	Zyste	Reposition + Punktion	H	H	
26	Hirst 1890	Dermoid	Punktion + Zange	H	T	
27	Hohl, 1896	Zyste	Spontane Geburt	H	T	Am 7. Tage Ovariotomie
28	„	Zyste	Reposition + Zange	H	H	
29	„	Dermoid	Repositionsversuch + Zangenversuch + Punktion	H	H	2 Stunden nach der Geburt Ovariotomie, Zystenruptur
30	Mc. Kerron 1895	Dermoid	Reposition + Zange	H	H	
31	Kerswell 1880	Zyste	Punktion + Zange	H	H	10 Tage nach der Geburt Ausstoßung einer Zyste durch die Vagina

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
32	Kinney, 1884	Zyste	Punktion + Zange	T	T	Tod an Eklampsie
33	„	Zyste	Punktion + Zange	H	H	Eklampsie
34	Lahs, 1878	Zystosarkom	Kaiserschnitt	T	T	Drohende Uterusruptur
35	Lefholz, 1881	Dermoid	Wendung	H	T	Tumor von Kindskopfgröße 2 Jahre vorher entdeckt, nach Geburt verschwund., geplatzt? Schwere Peritonitis
36	„	Dermoid	Wendung	H	H	Wendung sofort nach dem Platzen der Eihäute, da Nabelschnurvorfall
37	Lomer, 1882	Zyste	Reposition in Knie-ellenbogen-Lage	H	H	
38	„ 1886	Zyste	Punktion + Teilweise Reposition + Zange	H	H	
39	„ „	Zyste	Punktion + Repositionsversuch + Zange	H	H	
40	„ 1890	Zyste	Wendung	T	T	Nach 80 Stunden Wehen Uterus papierdünn, Muttermund halb geöffnet, Tod mit unreborenem Kopf
41	„ 1882	Dermoid	Zange	H	T	Nach längeren Zangenversuchen trat der Tumor durch die Vagina aus
42	Martin, 1877	—	Repositionsversuch + Punktion + Inzision	T	T	Tod am 2. Tage
43	Milne, 1878	Zyste	Spontane Geburt	H	H	
44	„	—	Reposition	H	H	
45	Nathan, 1886	Zyste	Reposition + Zange	H	H	
46	„ „	Zyste	Zangenversuch vor u. nach der Punktion + Craniotomie	T	T	Stieltorsion
47	„ „	—	Repositionsversuch + Craniotomie	H	T	Perforation schwierig, Ruptur des unteren Uterinsegments
48	Rapin et Ceresolé, 1896	Adenokystom	Punktion + vaginale Ovariotomie	H	H	Zystisches Adenom der Rosen müllerschen Gänge
49	Reynolds, 1892	Dermoid	Repositionsversuch + Wendung	H	T	Tumor nach der Entbindung nicht mehr feststellbar
50	Rubeska, 1895	Dermoid	Reposition	H	H	2 Monate nach der Entbindung Zystenruptur, Operation wegen Verwachsungen nicht möglich. Tod nach 5 Jahre währender Leibfistel
51	„	Zyste	Repositionsversuch + vaginale Ovariotomie	H	H	Kleine Inzision am Abdomen
52	Ruge, 1878	Dermoid	Punktion + Zange	T	H	Am 7. Tage Vereiterung der Zyste, am 11. Tage Ovariotomie, Tod am 13. Tage

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
53	Staude, 1895	Zyste bd. Ovarien	Repositionsversuch + Kaiserschnitt + Radikaloperation	H	H	Inf. Atonie u. Affektion beider Ovarien Radikaloperation
54	„	Zyste	Vaginale Ovariotomie + Zange	H	H	
55	Tison, 1893	Dermoid	Zange	T	H	Tod am 5. Tage an Peritonitis inf. Zystenruptur
56	Valenta, 1889	Zyste	Reposition	H	H	
57	Wiart, 1882	Dermoid	Punktion + Zange	H	T	Zangenversuch vor u. nach der Punktion Peritonitis in der 2. Woche, Ruptur des Tumorsins Rektum, in der 6. Woche Ausstossung des Dermoidbalges per Anum
58	Wertheim 1895	Dermoid	Repositionsversuch Punktion + Zange	T	H	

III. Seit 1897.

1	Alexsenko 1900	—	Inzision vom Rektum aus	H	H	Entbindung am Tumor vorbei
2	Bachmann 1902	Dermoid	Kaiserschnitt + spontane Geburt	H	H	
3	Backhaus 1900.	Embryom	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
4	Bakofen, 1911	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
5	Barth, 1902	—	Vaginale Ovariotomie Zange	H	T	Fieberhaftes Wochenbett
6	Becking, 1897	Dermoid	Punktion + Zange	H	H	Fieberhaftes Wochenbett
7	Beckmann 1911	—	Kaiserschnitt + Ovariatomie	H	H	
8	Benkiser 1899	Ovarialtumor	Perforation	H	T	Platzen des Tumors bei der Extraktion
9	„	Dermoid	Reposition + spont. Geburt	H	H	Später Operation
10	„	—	Reposition + spont. Geburt	H	H	Operation ergibt Haematum des Mesenteriums
11	Boissard u. Coudert, 1904	Fibrom	Wendung	T	H	Die Mutter starb nach 2 Tagen inf. Verblutung nach Berstung der Verwachsungen
12	Bondy, 1912	—	Punktion + spontane Geburt	H	H	
13	Bossi, 1900	Dermoid	Reposition in Trendelenburgs Lage + Zange	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
14	Bossi, 1900	—	Reposition in Trendelenburgs Lage + Zange	H	H	
15	Boxall, 1898	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
16	Braun Ferwald, 1899	—	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
17	Brauns, 1910	2 Dermoide	Kaiserschnitt nach Porro + Ovariotomie	H	H	
18	v. d. Briele 1902	Multilokulär Zyste	Kaiserschnitt	H	H	
19	Brünings 1898	—	Punktion + spontane Geburt	H	H	
20	„	Dermoid	Punktion + Zangenversuch + Craniotomie	T	T	Peritonitis, nach 5 Wochen perforierende Darmfistel. Tod nach 6 Wochen
21	Bué, 1906	—	Spontane Geburt	T	H	Tumor durch die Vulva ausgetreten. Tod am 12. Tage
22	Büttner, 1609	—	Reposition + spontane Geburt	H	H	
23	„ 1906	—	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	
24	Convay, 1907	—	Reposition + Extraktion am Fuß	H	H	
25	Criwitz. 1901 (Gusserow)	Vereiterte Ovarialzyste	Punktion + Herunterholen eines Fusses	T	T	Diagnostische Punktion mehrere Tage vorher
26	Demelin u. Schwab, 1900	Zyste	Punktion + Zange	H	T	Mehrere vergebliche Zangenversuche, zurückbleibende Fistel
27	Doran, 1908	—	Reposition + spontane Geburt	H	H	
28	Edgar, 1903	Embryom	Reposition + Zange	H	H	
29	„	—	Reposition + Zange	H	H	
30	„	Embryom	Zange	H	H	Zystenruptur
31	Engelhorn 1908	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
32	Falk, 1905	Ovarialtumor	Spontane Geburt	H	H	
33	Favell, 1902	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
34	Fehling, 1904	Fibrom	Repositionsversuch + abdominelle Ovariotomie + Extraktion	H	H	
35	Foth, 1903	Dermoid	Spontane Geburt	H	H	
36	Frank. 1906	—	Suprasymphysärer Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
37	Friedrich 1900	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	Fruchtwasser bestialisch stinkend, Ausspülung der Uterinhöhle mit Kalium hypermang.
38	Fürth, 1903	Embryom	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
39	Geisthövel 1905	—	Vaginale Ovariotomie, Zange	H	H	
40	German, 1905	Zyste	Reposition + spont. Geburt	H	H	Zyste nach einigen Tagen entfernt, Stieltorsion
41	Glaser, 1904	—	Abdominelle Ovariotomie + Extraktion am Fuss	H	H	Schenkelhalsfraktur
42	„	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
43	Gminder, 1912	—	Reposition + Wendung	H	H	
44	Graeve, 1914	Dermoid	Inzision + spontane Geburt	H	H	
45	Griffith, 1911	Dermoid	Inzision + spontane Geburt	H	H	
46	Grube, 1901	Karzinom	Extraktion am Steiß	T	H	Die Mutter kollabierte sogleich
47	Guillement, Groß & Hugé 1910	—	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
48	Guinard u. Chauve, 1903	Mucinkystom	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	T	
49	Hartmann 1908	Zyste	Abdominale Ovariotomie Extraktion am Steiß	H	H	
50	Haultain 1902	Dermoid	Zange	H	H	Austreibung einer Dermoid-Zyste per Vaginam
51	Hellier, 1908	Zyste	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	
52	„ 1912	Vereiterte Zyste	Kaiserschnitt n. Porro + Ovariotomie	H	H	
53	Herrgott 1899	Dermoid	Kaiserschnitt	H	H	Intraligamentäres Dermoid, wegen des Zustandes der Mutter zurückgelassen
54	Hesselbach 1900	—	Kolpotomia post. + Punktion + Zange	H	H	
55	Hesselbach 1908	Karzinom	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
56	Hirst, 1898	Dermoid	Kaiserschnitt	H	H	

r.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
57	Jacobson	Adenokarzinom	—	—	—	Fehldiagnose Hydramnion
58	Jardine, 1905	Dermoid	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	Provisorischer Schluß der Bauchwunde während der Zange
59	Jolly, 1908	—	Reposition + Zange	H	H	
60	Jordan, 1902	Dermoid	Kaiserschnitt +	T	H	
61	Josephson 1899	Dermoid	Zange	H	H	Austritt des Tumors per Rektum
62	Kallmorgen 1905	Zyste	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	T	Zystentorsion, Kind nicht ausgetragen. 32 cm lang
63	„	Zyste	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
64	Kerr, 1908	Fibrom	Zangenversuch + Kaiserschnitt n. Porro Ovariotomie	H	H	
65	Keyes, 1908	—	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	T	Meconiumabgang. 53 Stunden Wehen
66	Kleinertz 1901	—	Spontane Geburt	T	H	Zystenruptur, Peritonitis
67	Konrad, 1903	Dermoid	Kaiserschnitt	H	H	Tumor nicht entfernt
68	Lahmann 1915	Dermoid	Kolpotomia post. + Zange	H	H	
69	„	Dermoid	Kolpotomia post. + Zangenversuch + Perforation	H	T	
70	Lequeux, 1904	Fibromyxom	Ovariotomie + Kaiserschnitt	H	H	
71	Levi, 1904	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
72	Lindqvist 1909	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
73	Lindqvist 1914	Zyste	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
74	Macaulay 1912	Dermoid	Zange + Punktion	T	T	Tumor tritt bei der Zangenoperation durch einen Scheidenriß u. wurde punktiert
75	Malcolm 1912	Zyste bd. Ovarien	Abdominelle Ovariotomie	H	H	
76	Manton, 1911	Dermoid	Kaiserschnitt	H	H	
77	Mayo Robson 1897	Zyste	Kaiserschnitt + Radikaloperation	H	H	Operation vor Wehenbeginn wegen Zystenvereiterung mit hohem Fieber
78	Modlin, 1902	Dermoid	Zange	H	H	Fieberhaftes Wochenbett
79	Myer, 1907	—	Wendung	H	H	
80	„	—	Wendung	H	T	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
81	Mylvaganam 1911	Zyste	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
82	Niebergall 1900	—	Punktion + vaginale Ovariotomie + Zange	H	H	Die Ovariotomie wu durch Herabtreten Kopfes unterbroch Berstung des Vagi gewölbes
83	Olszewski 1898	Dermoid	Kaiserschnitt	H	H	Vor der Operation stenruptur mit P tonitis
84	Ostermayer 1900	Dermoid	Perioration + Inzision Cranioklasie	H	T	
85	Petersen, 1905	Zyste	Kolpotomia post. + Zange	H	H	
86	Pryor, 1900	—	Spontane Geburt	H	H	Austritt des Tum per Rektum
87	Reblaud, 1912	—	Reposition + Zange	H	H	
88	Retzlaff, 1907	Multilokuläre Zyste	Abdominelle Ovariotomie + Kaiserschnitt	H	T	Der Tod des Kin sicher dadurch stander, dass die O riotomie zuerst a geführt wurde
89	„	Dermoid	Punktion + Zange	H	H	
90	„	—	Kolpoköliotomie	H	H	Zystenruptur
91	Reynolds 1897	Zyste, nekrotisch	Abdominelle Ovariotomie + Zangenversuche Craniotomie	H	T	
92	Riemann 1907	Zyste	Kolpotomia post. + spontane Geburt	H	H	
93	„	—	Hohe Zange	H	H	Fieberhaftes Woch bett u. starke Allgem erkrankung, Diarr
94	„	Dermoid	Inzision + Zange + vaginale Ovariotomie	H	H	
95	Rotter, 1908	—	Kaiserschnitt	H	H	
96	Rüder, 1912	Zyste	Punktion + spontane Geburt	H	H	
97	Rühl, 1909	Multilokuläre Zyste	Kolpotomia post. + hohe Zange	H	H	
98	Sandberg 1899	Multilokuläre Zyste	Abdominelle Ovariotomie + Herunterholen eines Fusses	H	H	
99	Sauer, 1908	—	Inzision + spontane Geburt + vaginale Ovariotomie	H	H	
100	Schatz, 1901	Parovarialzyste	Entfernung des Kindes u. der Placenta + Porro	H	T	Uterusruptur
101	„	Dermoid	Hohe Zange versucht Punktion + Zange	H	T	Zyste nicht mehr n weisbar
102	Scholl, 1908	Dermoid	Punktion + spontane Geburt	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res. M	Res. K	Bemerkungen
103	Schröder 1905	Dermoid	Reposition + Zange	H	H	Operation nach 13 Monaten
104	Schwarz, 1898	Zyste	Wendung	T	—	Tod am 3. Tage an Peritonitis
105	Scipiades 1907	—	Reposition + spont. Geburt	H	H	
106	Seidentopf 1900	—	Reposition + Zange	H	H	
107	Semon, 1901	Sarkom	Abdominelle Ovariotomie + spontane Geburt	H	H	
108	Semon, 1903	Endotheliom	Abdominelle Ovariotomie + spont. Geburt	H	H	
109	Sitzenfrey 1908	Parovarialzyste	Parovariotomia vag. Zange	H	T	
110	Späth, 1897	Dermoid	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	
111	Spencer, 1898	Dermoid	Reposition + Zange	H	H	Zangenversuche vor der Reposition
112	„ „	Dermoid	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	Zangenversuche zuerst
113	„ 1902	—	Spontane Geburt	T	H	Tod am 3. Tage
114	„ 1906	Multilokuläre Zyste	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	H	
115	Stern, 1909	Dermoid	Punktion + Zange	T	H	Tod am 12. Tage an Peritonitis
116	Stewart, 1908	—	Repositition + Dilatation d. Cervix + Zange	H	H	
117	Stratz, 1901	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	4 Tage Wehen
118	Tate, 1904	—	Reposition + Zange	H	H	
119	Tauffer, 1908	—	Reposition + spont. Geburt	H	H	
120	Thompson 1904	—	Hohe Zange versucht + Punktion + vaginale Ovariotomie + Zange	H	T	
121	Tichow, 1911	—	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
122	Treub, 1898	Dermoid	Zange	H	H	Austreibung einer Dermoidzyste per Vaginam
123	Walker, 1912	Dermoid	Zange	H	H	In der folgenden Nacht Laparatomie wegen Zystenruptur
124	Walls, 1900	Dermoid	Spontane Geburt	H	H	Austritt des Tumors per Rektum
125	Weinhold 1901	Dermoid	Kaiserschnitt + Ovariotomie	H	H	
126	Weisswange 1908	—	Kaiserschnitt	H	H	

Nr.	Autor	Tumor	Operation	Res.		Bemerkungen
				M	K	
127	Williams 1897	Zyste	Abdominelle Ovariotomie + Zange	H	T	
128	„	Kolloidzyste	Abdominale Ovariotomie + Zange	H	H	
129	Zaharescu 1912	Fester Tumor	Kaiserschnitt	T	H	Tod nach 6 Stunden an „Erschöpfung“
130	„	Fester Tumor	Reposition + Zange	H	H	

Literatur.

Abegg, Zentralbl. f. Gyn. 1895, No. 6, S. 175.
Adamson, Cincinnat. Lancet and Obs. 1875.
Alexsenko, Zit. nach Bland Sutton, Lancet 1901.
Ashwell, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Atthill, Brit. Med. Journ. 1880.
Atthill, Dubl. Med. Journ. vol. LXVIII.
Ayrolles, Ann. de Gyn. 1885.
Baader, Schmidts Jahrb. 1876.
Bachmann, Zentralbl. f. Gyn. 1902, No. 13, S. 350.
Backhaus, Zentralbl. f. Gyn. 1900, No. 29, S. 763.
Bakofen, Zentralbl. f. Gyn. 1912.
Barnes, St. Georg. Hosp. Rep. vol. VIII.
Barnes, Lewis, Med. Exam. Phil. 1849.
Barnes, Zit. nach Fischer, Prag. Med. Wochenschr. 1893.
Barth, Norsk Magazin f. Lägevidensk. 1902.
Base, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Becking, Nederl. T. v. Geneesk. 1897.
Beckmann, Zentralbl. f. Gyn. 1912.
Beclard, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Behrend, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Benkiser, Münch. Med. Wochenschr. 1899, No. 28, S. 923.
Berry, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Besnier, Gaz. Med. No. 10.
Biernacki, Ing.-Diss. Berlin 1887.
Bland Sutton, Brit. Med. Journ. 1895, vol. I, S. 461.
Bland Sutton, Lancet 1901.
Boissard u. Coudert, L'obstétrique 1904.

Bondy, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 36.
Bossi, Ann. di Ost. e. Gynecol. 1900.
Boudelocque, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Boxal, Transact. of the Obst. Soc. of London 1898.
Braun, Wiener Med. Wochenschr. 1859.
Braun, Zit. nach Hoogeweg, Verhandl. der Ges. f. Geb.
Braun, Zit. nach Meyer, Verhandl. der Ges. f. Geb., Bd. I.
Braun, Zit. nach Mc. Clintock, N. Syd. Soc.
v. Braun, Zentralbl. f. Gyn. 1895, No. 13, S. 350.
Brauns, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1911.
Breit, Zit. nach Jetter, S. 23.
Brewer, Trans. Obs. Soc. vol. XX.
v. d. Briele, Zentralbl. f. Gyn. 1903.
Bruce, Zit. nach Hargreaves, Lancet 1878.
Brünings, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1898.
Bué, Zentralbl. f. Gyn. 1907.
Büttner, Ing.-Diss. Leipzig 1906.
Byford, Trans. Illionis Med. Soc. 1859.
Camden, Med. and Surg. Rep. Phil. 1871.
Camden, Zit. nach Hargreaves, Lancet 1878.
Charles, Liège Journ. d'accouch. 1882.
Chiari, Klinik der Geburtsh.
Chiarleoni, Zentralbl. f. Gyn. 1891, No. 25, S. 536.
Chrobak, Zentralbl. f. Gyn. 1895, No. 3, S. 76.
Mc. Clintock, N. Syd. Soc.
Convay, The Journ. of obts. and gyn. of the Brit. Emp. 1907.
Copeman, Trans. Obst. Soc. vol. XII.
Criwitz, Ing.-Diss. Berlin 1902.
Cruveilhier, Roux u. Puchelt, Zit. nach Mc. Kerron.
Crosse, Midwiferry Consult Practice.
Davis, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Demelin u. Schwaab, L'obstrétrique.
Denman, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Doeveron, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Doran, The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. 1908.

Edgar, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1903.
Edwards, Prov. Med. Journ. 1842.
Elkington, Brit. Rec. Obst. Med. 1848.
Elkington, Trans. Birmingham Path. Soc.
Engelhorn, Münchner Med. Wochenschr. 1908.
Falk, Zentralbl. f. Gyn. 1905, No. 17, S. 536.
Favell, The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. 1908.
Fehling, Archiv f. Gyn. LXV.
Fehling, Deutsche Med. Wochenschr. 1888, No. 49.
Fehling, Zentralbl. f. Gyn. 1904, No. 44, S. 1315.
Fischel, Prag. Med. Wochenschr. 1882.
Fischel, Prag. Med. Wochenschr. 1884.
Fischer, Zeitschr. Geb. 1870.
Fischer, Prag. Med. Wochenschr. 1893.
Flaischlen, Zentralbl. f. Gyn. 1893, No. 14, S. 300.
Fochier, Lyon Med. 1878.
Foth, Zentralbl. f. Gyn. 1903, No. 6, S. 180.
Frank, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907.
Friedrich, Ing.-Diss. Leipzig 1900.
Füth, Zentralbl. f. Gyn. 1902.
Geisthövel, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XVIII.
Geisthövel, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XX.
Gelstrom, Zentralbl. f. Gyn. 1889.
German, Zentralbl. f. Gyn. 1906, No. 52.
Giffard, Med. Chir. Trans. vol. X, S. 73.
Glaser, Ing.-Diss. Straßburg 1904.
Gminder, Berliner Klin. Wochenschr. 1912.
Godefroy, Gaz. obst. et Gyn. 1875.
Gräve, Manuskript.
Greenhalg, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Griffith, Trans. Obst. Soc. vol. XXXIII.
Griffith, London Obst. Transact. XXIII.
Grube, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1901.
Guillement, Grosse u. Hugé, Soc. d'obst. de Paris 1910.
Guinard u. Chauve, Ann. de Gyn. 1903.
Habit, Zeitschr. der Gesellsch. d. Ärzte 1860.
Hardy, Lancet 1845.
Hardwicke, Lancet 1863.

Hargreaves, Lancet 1878.
Hartmann, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1909.
Haultain, Lancet 1902.
Headland, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Heiberg, Ing.-Diss. Kopenhagen 1882.
Hellier, Lancet 1912.
Herbinaux, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Herrgott, Ann. de Gyn. 1899.
Hesselbach, Deutsche Med. Wochenschr. 1900.
Hesselbach, Zentralbl. f. Gyn. 1912.
Hewlett, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Heywood Smith, Trans. Obst. Soc. vol. XL.
Hirst, Med. News Phil. 1890.
Hirst, Zentralbl. f. Gyn. 1899, No. 3, S. 90.
Hohl, Archiv f. Gyn., Bd. LI, 1896.
Hoogeweg, Verhandl. der Gesellsch. f. Geb.
Hunt, Lancet 1846.
Hüfer, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Ingleby, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Jackson, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Jacobson, Acd. of Med. New York Med. Record. vol. 4, S. 178.
Jardine, Glasgow Med. Journ. 1905.
Jeafferson, Trans. Prov. Med. and Surg. Assoc.
Jetter, Ing.-Diss. Tübingen 1861.
Jobert, Gaz. Med. No. 25.
Jolly, Deutsche Med. Wochenschr. 1908.
Jordan, The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. 1902.
Josephson, Hygiea 1899.
Kallmorgen, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1905.
Mc. Kerron, Lond. Obst. Transact. vol. XXXIX—XL.
Kerr, The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. 1908.
Kerswell, Brit. Med. Journ. 1880.
Keyes, Journ. Amer. Med. Ass. 1908.
Kidd, Dublin Quart. Journ. 1870.
King, Trans. Amer. Gyn. Soc. vol. XVIII.
Kinney, Detroit Lancet 1883—1884.
Kiwisch, Klin. Vorträge, Bd. II.

Kleinertz, Zentralbl. f. Gyn. 1901.
Kleinwächter, Archiv f. Gyn., Bd. IV, 1872, S. 171.
Kob, Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1873.
Konrad, The Journ. of obst. and gyn. of the Brit. Emp. 1903.
Lachapelle, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Lahs, Deutsche Med. Wochenschr. 1878.
Langley, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Lee, Consultation Midwifery, S. 121.
Lee, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Lefholz, Ing.-Diss. 1881.
Levi, Arch. Ital. di Gin. X.
Lequeux, L'obstrétrique 1904.
Lever, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Levis, Med. Exam. Phil. 1849.
Lindquist, Nord. Med. Archiv 1914.
Litzmann, Deutsche Klinik 1852.
Lomer, Archiv f. Gyn. 1882.
Lomer, Zit. nach Nathan, Ing.-Diss. Berlin 1886.
Lomer, Deutsche Med. Wochenschr. 1890.
Lomer, Zit. nach Besnier.
Luschka, Zit. nach Sucro, Ing.-Diss. Tübingen 1864.
Lyon, Monthly Journ. 1845.
Macauly, Lancet 1902.
Maigne, Schmidts Jahrb. 1841.
Malcolm, Jahresber. ü. d. Fortschr. a. d. Geb. u. Gyn. 1911.
Malgaigne, Arch. Gen. Journ. 1844.
Manton, Amer. Journ. of obst. vol. 62.
Martens, Norsk. Mag. f. Lägev. 1871.
Martin, Zeitschr. f. Geb. u. Frauenk., Bd. I.
Mayo Robson, Brit. Med. Journ. 1897.
Meisner, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Melion, Österr. Med. Wochenschr. 1844.
Merriman, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Merriman, Med. Chir. Trans. X, S. 51.
Meyer, Verhandl. der Ges. f. Geb., Bd. I.
Milne, Zit. nach Elkington.
Milne, Edin. Med. Journ. vol. XX.
Modlin, Brit. Med. Journ. 1902.

Moeller, Ing.-Diss. Berlin 1869.
Moorman, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Moreau, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Myer, Amer. Journ. of Obst. 1907.
Mylvaganam, Lancet 1912.
Nathan, Ing. Diss. Berlin 1886.
Niebergall, Zentralbl. f. Gyn. 1901.
Oldham, Zit. nach Jetter.
Olszewski, Medycyna.
Ostermayer, Zentralbl. f. Gyn. 1897.
Pagenstecher, Rhein. Monatsh. 1849.
Park, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Paletta, S. 366.
Petersen, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1905.
Perfect, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Playfair, Zit. nach Mc. Kerron, Lond. Obst. Transact. XXXIX.
Pon, Lancet 1838.
Pryor, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XII.
Ramsbotham, Obst. Med. 4. Aufl.
Ramsbotham, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Rapin u. Ceresolé, Rev. Med. de la Suisse 1896.
Reblaud, Presse Med. 1912.
Retzlaff, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1907.
Reynolds, Med. and Surg. Journ. 1892.
Reynolds, Jahresber. ü. d. Fortschr. etc. 1897.
Riemann, Archiv f. Gyn. 1907.
Riva, Gaz. Med. Lombard. 1852.
Rotter, Wien. Klin. Wochenschr. 1907.
Rubeska, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1895.
Ruge, Berliner Klin. Wochenschr. 1878.
Rüder, Jahresber. ü. d. Fortschr. etc. 1912.
Rühl, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1909.
Sandberg, Med. Rev. 1899.
Sauer, Amer. Journ. of Obst. 1908.
Schamberg, Prager Vierteljahrsh. 1858.
Schatz, Münchner Med. Wochenschr. 1900.
Scholl, Münchner Med. Wochenschr. 1908.
Schröder, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1905.
Schuzer, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.

Schwarz, Zentralbl. f. Gyn. 1898, No. 32, S. 887.
Scipiades, Zentralbl. f. Gyn. 1907.
Seidentopf, Münchner Med. Wochenschr. 1900.
Semon, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1901.
Sitzenfrey, Prager Med. Wochenschr. 1907.
Späth, Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins 1897.
Spencer, Lond. Obst. Transact. XL.
Spencer, Lond. Obst. Transact. 1902.
Spiegelberg, Archiv f. Gyn. 1875.
Spiegelberg, Monatsschr. f. Geburtsk. XXX, 1867.
Stadfelt, Det. Mekan. Misfort 1872.
Staude, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1895.
Stern, Zit. nach Playfair; Mc. Kerron.
Stern, Archiv f. Gyn. LXI.
Stewart, Brit. Med. Journ. 1908.
Stratz, Zentralbl. f. Gyn. 1901.
Stubbs, Smellies Midwifery.
Tate, Lond. Obst. Transact. 1904.
Tauffer, Zentralbl. f. Gyn. 1907.
Thompson, Amer. Monthly 1845.
Thompson, Amer. Journ. Obst. II.
Tichow, Jahresber. ü. d. Fortschr. etc. 1912.
Tison, Zentralbl. f. Gyn. 1893, No. 14, S. 326.
Treub, Zentralbl. f. Gyn. 1899.
Valenta, Mem. Herbrom 1889.
Walker, Brit. Med. Journ. 1912.
Walls, Brit. Med. Journ. 1900.
Ward, Zit. nach Playfair Mc. Kerron.
Watson, Merriman, Med. Chir. Transact. X.
Weelhouse, Brit. Med. Journ. 1868.
Weinhold, Zentralbl. f. Gyn. 1901.
Weißwange, Zentralbl. f. Gyn. 1908.
Wertheim, Zentralbl. f. Gyn. 1895, No. 3, S. 77.
Wiart, Archiv de Tocol. 1882.
Williams, Cavendisch Lect. 1897.
Zaharescu, Jahresber. ü. d. Fortschr. etc. 1912.

Lebenslauf.

Ich wurde am 21. Januar 1889 als erstes Kind des Arztes Dr. med. Heinrich Lahmann und seiner Ehefrau Luise, geb. Haase, in Weißer Hirsch bei Dresden geboren. Ich besuchte zuerst die Volksschule meines Heimatortes und wurde vom achten Jahre an im Hause unterrichtet. Von Ostern 1901 bis Ostern 1904 besuchte ich das Königliche Gymnasium in Dresden und dann bis Ostern 1910 die Dreikönigsschule in Dresden, wo ich die Reifeprüfung ablegte.

Im Sommersemester 1910 genügte ich meiner Dienstpflicht beim I. Seebataillon in Kiel, studierte dann ein Semester in Paris und bezog im Sommersemester 1911 die Universität München.

Am 4. August 1914 ging ich als Mitglied des Königlich Sächsischen Automobil-Korps ins Feld und wurde im Mai 1915 wegen Krankheit entlassen.

Am 27. August 1915 beendete ich das Staatsexamen in München und erhielt die Approbation als Arzt am 10. September 1916.

Seit der Beendigung des Staatsexamens bin ich von neuem im Heeresdienst und zurzeit bei einem Ersatzbataillon tätig.